



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**"...kan du be med meg" - Åndelig omsorg for
mennesker med utviklingshemming**

Spiritual care for people with learning disabilities

Pernille Follestad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 29.05.2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: "...kan du be med meg" - Åndelig omsorg for mennesker med utviklingshemming

Tittel på engelsk: Spiritual care for people with learning disabilities

Forfatter(e): Pernille Follestad

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Hege Bakken

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2009

Antall ord: 11 969

Forord

Den enkelte har aldri
med et annet menneske å gjøre
uten å holde noe av dette menneskets
liv
i sine hender

Det kan være svært lite,
en forbigående stemning,
en oppstemthet en vekker eller får til å visne,
en tristhet en forsterker eller letter

Men det kan også være skremmende mye,
slik at det simpelthen er opp til
den enkelte om den andre
lykkes
med livet sitt eller
ikke.

– *K. E. Løgstrup*

Innhold

1.1 Innledning	4
1.1 Presentasjon av tema	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Temaets relevans for fag og yrkesgruppe	5
1.4 Formålet med oppgaven	6
1.5 Oppgavens disposisjon	6
2.0 Problemstilling	7
2.1 Problemstilling	7
2.2 Begrunnelse for, og avgrensning av problemstillingen	7
2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen	8
2.3.1 Mennesker med utviklingshemming:	8
2.3.2 Religiøse behov	8
3.0 Metode	9
3.1 Metode	9
3.2 Litteratur	9
3.3 Kildekritikk	10
3.4 For forståelse	11
4.0 Teoridel	12
4.1 Omsorg for mennesker med utviklingshemming	12
4.2 Mennesker med utviklingshemnings rettigheter	14
4.3 Yrkesetikk	15
4.4 Åndelig omsorg og religionens betydning	19
4.5 Utfordringer i utøvelse av åndelig omsorg og den profesjonelle rolle	20

5.0 Drøftingsdel	26
5.1 Grønt lys – kjør!	26
5.2 Gult lys – Vent!	30
5.3 Rødt lys – stopp!	32
5.4 Grønt, gult og rødt – utfordringer uansett?	38
6.0 Avslutning	39
6.1 Oppsummering	39
6.2 Konklusjon	39
6.3 Refleksjon	40
7.0 Litteratur	41

1.1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Temaet for oppgaven er åndelig omsorg for mennesker med utviklingshemming.

Den uttalte helhetlige omsorgen en skal utøve som tjenesteyter i arbeid med mennesker med omsorgsbehov, innebærer også åndelig omsorg, som omhandler å ivareta enkeltmenneskets åndelige behov. Grasaas (2005) fremstiller åndelige behov som livets grunnleggende, eksistensielle spørsmål, og en lengsel etter tilhørighet. Hun utdyper at åndelige behov også omhandler dimensjonen utenfor mennesket selv, som eksempelvis Gud eller andre høyere makter, gjerne tilknyttet til en religion. En åpnere definisjon av åndelige behov omhandler det som kan gi mennesket en åndelig opplevelse eller berøring av den indre lengsel; eksempelvis vennskap, naturen, musikk, litteratur eller kunst; det som bidrar til å skape mening og håp i ens livssituasjon (Grasaas 2005).

Åndelig omsorg består i å ha omtanke for tjenestemottakers åndelige behov, samt vilje til å assistere i arbeid med eksistensielle spørsmål (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998). Utgangspunktet for åndelig omsorg er tjenestemottakers eget livssyn og ønsker i forhold til åndelige behov (Grasaas 2005, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998).

Jeg ønsker med besvarelsen å knytte åndelig omsorg, som en del av vernepleierens helhetlige omsorgsideologi, opp mot mennesker med utviklingshemmings religiøse behov, og de mulige utfordringer en som hjelper kan møte i dette arbeidet. Jeg ønsker å belyse hvilke verdier, både personlige og profesjonelle, som eksisterer og kan kollidere og dermed også danne disse utfordringene.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for temaet er primært en kommentar jeg hørte i praksis i hjemmebaserte tiltak for mennesker med utviklingshemming, hvor det ble diskutert hvilken rolle en som tjenesteyter har i møtet med tjenestemottakers uttalte religiøse behov. Det ble sagt at en som tjenesteyter ikke skal overskride egne grenser for religiøs handling, mens andre mente

at en bør legge egne holdninger til side for å møte tjenestemottakeren på best mulig måte:
”Om du er ateist eller ei, vil brukeren i kirka på din vakt, skal du være med, for du jobber for brukeren”.

Jeg har vært nysgjerrig på temaet siden, både i forhold til åndelig omsorg generelt, og åndelig omsorg i forhold til mennesker med utviklingshemming. Refleksjoner over siste talers utsagn, vekke en undring over om situasjonen en møter som tjenesteyter i møte med andres åndelige behov kan være så enkel som det ble uttalt. Av den grunn ønsket jeg å komme dypere inn i temaet. Dette for selv å få økt kunnskap om temaet, men også for å belyse et område jeg anser som viktig i helhetsomsorgen for enkeltmennesket.

1.3 Temaets relevans for fag og yrkesgruppe

Åndelig omsorg inngår i det uttalte helhetssynet vernepleiere arbeider etter, noe som presiseres blant annet i rammeplan og forskrift for 3-årig helse- og sosialfagutdanning, og fra Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO). Rammeplanen presiserer at et helhetssyn på de mennesker en skal arbeide for og sammen med er avgjørende for et godt tilbud, og den enkelte tjenesteyteren forholder seg til hele mennesket med dets fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og *åndelige* sider (min utheving). I tillegg begrunner Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) åndelig omsorg fullt ut helsefaglig, da de mener åndelige sider ved mennesket må tas hensyn til for at en skal kunne oppnå helse i helsebegrepets vide forstand.

Temaet er også relevant ettersom samfunnet blir mer heterogent i form av pluralisering, samtidig som det også blir mer sekularisert (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998). Dette skaper utfordringer for vernepleiere, for som Zahl (2002) hevder, i helsevesenet har mennesker fra andre kulturer og religioner blitt og blir mer synlig – fra religioner og kulturer en selv ikke kjenner så godt til eller har ønske om å følge.

1.4 Formålet med oppgaven

Oppgavens formål er å belyse åndelig omsorg for utviklingshemming og de utfordringer vernepleiere kan oppleve i forhold til dette. Dette for å belyse et tema det er lite forsket på, og for å peke på viktigheten av åndelig omsorg. Jeg ønsker å utfordre leseren i å reflektere over oppgavens tema, for selv å kunne få økt faglig innsikt i åndelig omsorg for utviklingshemmede, og for selv å kanskje finne sitt ståsted i forhold til å utøve åndelig omsorg.

1.5 Oppgavens disposisjon

Problemstillingen oppgaven er skrevet ut fra, samt definisjoner av nøkkelpbegrep, presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 omhandler metoden jeg benyttet på grunnlag av problemstillingen, og jeg trekker frem egen forforståelse og kildekritikk. Relevant teori i forhold til problemstillingen presenteres i kapittel 4, og denne teorien drøfter jeg opp mot problemstillingen i kapittel 5. Kapittel 6 inneholder oppgavens oppsummering, og jeg presenterer en kort konklusjon basert på drøftingen i kapittel 5, samt trekker frem videre problemstillinger.

2.0 Problemstilling

2.1 Problemstilling

*En drøfting av vernepleierens mulige utfordringer i møtet
med mennesker med utviklingshemmings uttalte religiøse behov i bofellesskap*

2.2 Begrunnelse for, og avgrensning av problemstillingen

Som det tidligere har vært nevnt i innledningen, har jeg undres over hvilke utfordringer en kan møte som hjelper i forhold til utøvelse av åndelig omsorg. Problemstillingens ordlyd har videreført denne undringen, samtidig som jeg har avgrenset.

Begrunnelsen for å knytte problemstillingen opp mot mennesker med utviklingshemming er fordi jeg selv har liten erfaring med å knytte åndelig omsorg opp mot denne brukergruppen, og ønsker å finne mer ut om dette. I tillegg fastholder FO (2008) at tjenester til mennesker med utviklingshemming fortsatt skal være kjerneområder for vernepleiefaglig yrkesutøvelse. Dette er også uttalt i Rammeplan og forskrift for vernepleierutdanning (2005).

Åndelig omsorg er et stort område, noe som har medført at jeg har avgrenset til ”uttalte religiøse behov”. Som presisert i innledningen har mennesket åndelige behov. Dette behøver ikke bety at alle har *uttalte* religiøse behov. Jeg har dermed avgrenset problemstillingen til å omhandle mennesker med som ønsker å utøve sin religion. I de tilfeller behovet blir uttalt må vernepleieren forholde seg til dette, og i dette møtet kan det oppstå utfordringer.

Jeg har avgrenset til ”bofellesskap” ettersom jeg forstår det slik at det er i hverdagslivet og i hjemmet en utøver sin religion, og mange utviklingshemmede bor i slike bofellesskap (Christensen og Nilssen 2006). FO (2008) uttaler at vernepleiefaglig arbeid kjennetegnes av langvarig, direkte kontakt med tjenestemottaker. Bofellesskap inngår i dette.

2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen

2.3.1 Mennesker med utviklingshemming:

”Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemning kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser” (ICD-10 (F70-F79)).

I oppgavens drøftingsdel vil jeg primært benytte begrepet ”mennesker med utviklingshemming”. Dette grunnet mitt ideologiske ståsted i forhold til å betegne mennesket før diagnosen. Jeg vil også benytte begrepene ”tjenestemottaker” og ”utviklingshemmet”. Selv om jeg mener sistnevnte begrepet er mer stigmatiserende da en presenterer diagnosen fremfor mennesket, gjør dette begrepet teksten mer leservennlig, samtidig som det presiseres hvem jeg henviser til i teksten.

2.3.2 Religiøse behov

”...enhver mangel eller ethvert ønske, der angår handlinger, aktiviteter, skikke og vaner, der har relation til menneskets gudsforhold uanset hvilken religion personen tilhører (Schärfe 1988:19).

I problemstillingen har jeg presisert at jeg tar utgangspunkt i tjenestemottakers religiøse behov. I teksten benytter jeg begrepene ”åndelige” og ”religiøse” synonymt. Dette for å fargelegge teksten.

3.0 Metode

3.1 Metode

En metode er verktøyet en benytter for å innsamle informasjon, og en systematisk måte å undersøke virkeligheten på (Halvorsen 2002). Metoden jeg benytter for å belyse problemstillingen er en kvalitativ litteraturstudie, som innebærer en gjennomgang av relevant litteratur og forskning i forhold til en problemstilling (Axelsson 2008).

Litteraturstudien danner dermed et teoretisk perspektiv i forhold til problemstillingen, og danner et grunnlag og en forståelsesbakgrunn for å drøfte denne videre.

Jeg benytter litteraturstudie som metode grunnet tidsbegrensning og størrelsesomfang på oppgaven, men også fordi jeg ser det som interessant å sammenfatte generell pensumlitteratur og spesifikk teori om problemstillingen i forhold til et tema jeg opplever det er skrevet lite om.

3.2 Litteratur

Jeg benytter hovedsakelig vernepleiefaglig og sykepleiefaglig pensum. Vernepleiefaglig litteratur benytter jeg for å faglig integrere generell teori til oppgavens spesifikke problemstilling, mens sykepleiefaglig litteratur supplerer med spesifikk teori i forhold til problemstillingen.

Jeg benytter relevante forsknings- og fagartikler fra skandinaviske og engelskspråklige vestlige lands tidsskrifter som belyser temaet åndelig omsorg for utviklingshemmede.

Litteraturen er primært søkt opp via Bibsys Ask, ProQuest og Norart. Databasene anser jeg som leverandører av sikre kilder. Søkord benyttet er: pastoral care, spiritual care, spirituality, learning disability, mental retardation, developmental disability, åndelig omsorg, eksistensiell omsorg, helhetlig omsorg, tro og utviklingshemming. Søkordene er brukt alene og i kombinasjon for å avgrense søkene. Jeg benyttet trunkeringstegn i søkene for å sikre at andre formuleringer av grunnbegrepet ble oppfattet av søkemotorene.

3.3 Kildekritikk

I forhold benyttede søkeord, er det relevant å vurdere søkeordenes begrepsmessige validitet (relevans og gyldighet). Aadland (2006) skriver at dersom data sier noe viktig og treffende om problemstillingen, har den høy validitet. Halvorsen (2002) uttaler at en beveger seg mellom to plan når en forsker: en er på teoriplanet når en formulerer problemstilling og tolker resultatene av data, og på empiriplanet når data samles inn og behandles. Dersom begrepene en bruker samsvarer på begge plan, snakker en om høy definisjonsmessig validitet. Den begrepsmessige validiteten kan ha vært svekket dersom jeg har benyttet søkeord på empiriplanet som ikke stemmer overens med begrep på teoriplanet, noe som kan forklare få treff på søkeordene i forhold til spesifikk litteratur.

Jeg vil anta at jo mer presise søkeordene er, jo mer relevante blir treffene. For å sikre begrepsmessig validitet har jeg brukt anbefalte søkeord fra relevant pensumlitteratur i forhold til tema, eksempelvis fra Ilkjær (2007). Litteraturen jeg benytter ser jeg som gyldig for problemstillingen. Likevel kan jeg ikke være sikker på om jeg har benyttet alle relevante begrepsparallelleler til de begrepene jeg allerede har benyttet i litteratursøket.

Når data er til å stole på, har den høy grad av reliabilitet (pålitelighet) (Aadland 2006). Det er relevant å stille spørsmålet om valgt litteratur har høy nok grad av reliabilitet. Da jeg har oppdaget at mye av den litteraturen som eksisterer begynner å eldes (80-90 tallet), kan dette svekke påliteligheten til innsamlet litteratur ettersom fag stadig utvikles. De nyere kildene jeg benyttet henviste til de nevnte eldre kildene, noe som tilsier at det ikke er gjort ny forskning på området, og som medførte at jeg tok utgangspunkt i primærkildene.

Faktorer som kan svekke besvarelsens reliabilitet er om jeg har gjengitt stoffet nøyaktig og benytter jeg eksisterende teori på riktig måte slik forfatteren har tenkt. Jeg fortolker eksempelvis det jeg leser, for som Aadland (2006) uttaler, kan en ikke ha en forståelse uten å først ha en forforståelse av et fenomen. Dette innebærer at jeg måtte forsøke å ta forfatterens ståsted for å forsøke å forstå teksten slik de har forstått den, og se stoffet fra forfatterens side. Andre faktorer som kan spille inn er at jeg utelukkende bruker sekundærkilder. I tillegg kan noen av forfatterne være lite nyanserte i sin presentasjon av de emnene jeg legger frem i teoridelen, noe som kan svekke reliabiliteten.

3.4 Forforståelse

Min forforståelse preges av at jeg mener den åndelige dimensjonen hos mennesker er vesentlig i forhold til helhetsomsorgen. Likevel vil jeg presisere at jeg skriver denne oppgaven på bakgrunn av at jeg snart er ferdig utdannet vernepleier, og at de holdningene jeg har fått med meg gjennom utdannelsen også vil prege oppgaven.

Jeg streber etter å gjøre oppgaven religionsnøytral, i den forstand at jeg ikke skriver med tanke på en spesiell religion. Dette for å prøve å ta et steg bort fra egen forforståelse når det gjelder religion, noe jeg har et personlig forhold til, samt for å gjøre oppgaven mer generell og relevant for alle typer religioner og livssyn en kan møte som vernepleier i yrkesutøvelsen.

For å skape en faglig distanse til stoffet og problemstillingen har jeg forsøkt å gjengi litteraturen korrekt uten innslag av egne meninger i teoridelen. I drøftingsdelen av oppgaven forsøker jeg å diskutere teorien ut fra fag, og ikke fra egne standpunkter. Likevel vil forforståelsen prege oppgaven gjennom at det er jeg som har valgt ut teorien jeg benytter. Jeg kan ikke møte stoffet verdinøytralt, slik som Dalland (2000) presiserer, men ved å poengtere mitt standpunkt, slik jeg har gjort, blir jeg subjektivt klar over egne holdninger til stoffet, samt at leseren vet hvilket utgangspunkt oppgaven er skrevet på.

4.0 Teoridel

I teoridelen presenterer jeg relevant teori for problemstillingen. Jeg presenterer først generell teori angående omsorg for mennesker med utviklingshemming. Deretter trekker jeg frem relevant lovverk i forhold til religion og religiøsitet, før jeg legger frem yrkesetiske retningslinjer for vernepleieren. Videre beskriver jeg helhetlig- og åndelig omsorg, og prinsipper og utfordringer beskrevet i teorien i forhold til åndelig omsorg.

4.1 Omsorg for mennesker med utviklingshemming

Uttrykksevne i forhold til ønsker og behov

Å være utviklingshemmet innebærer at evnen til å lære og klare seg selvstendig i samfunnet er mer eller mindre redusert (Gåsvatn 1992). Gjærum (1993) skriver at en har redusert evne til språklig forståelse og uttrykk dersom en har nedsatt kognitiv fungering (i Hansen 2004). Flere uttaler at dette innebærer at mennesker med utviklingshemming derav kan ha utfordringer i forhold til å kommunisere med omgivelsene. I tillegg hevdes det at mennesker med nedsatt kognitiv fungering også ofte ikke uttrykker sine ønsker og behov entydig gjennom språket, eller ikke i det hele tatt (Hansen 2004, Høium 2004, Christensen og Nilssen 2006, Terland 2006). Dette innebærer at en derfor må tolke kroppsspråket til mennesker med utviklingshemming for å oppfatte hva vedkommende ønsker, noe som innebærer at kommunikasjonsutfordringen ligger hos begge parter, og ikke hos mennesket med utviklingshemming alene (Hansen 2004). Denne brukergruppen gir lite protester og klager lite på forhold de ikke er tilfredse med, noe som gjør mennesker med utviklingshemming til en sårbar gruppe i forhold til omfang av tjenester, og hvordan tjenestene ytes (Høium 2004, Terland 2006).

Selvbestemmelse i eget hjem

Høium (2004) refererer til Stancliffe og Wehmeyer (1995), og skriver at de mennesker med utviklingshemming som bor i gruppebolig, eller en form for samlokalisert bolig, har færre muligheter til å valg som kan påvirke egen livssituasjon enn de som har egen bolig. Utviklingshemmede tilbringer mye tid sammen med ansatte i boligen over lengre tid, noe som gir ansatte stor grad av kontroll og som kan begrense tjenestemottakernes selvbestemmelse unødvendig (Terland 2006). Andre utfordringer i forhold til

selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming, er standardisering av rutiner i den enkeltes bolig i forhold til hvordan omsorgen skal utøves, noe som kan gi lite rom for impuls og hindrer individuelt tilpasset omsorg (Terland 2006, Sandvin mfl 1998).

Utfordringer ligger også i at mennesker med utviklingshemming blir sett på som en ensartet gruppe i bofellesskap, noe som ofte kan medføre at ansatte ikke tilrettelegger aktiviteter etter individuelle behov, men hva som passer best for gruppen i sin helhet (Christensen og Nilssen 2006).

Åndelige behov

Grunnleggende behov tilkjennes alle mennesker (Stubrud 2001, Dahle og Torgauten 2004). I forhold til mennesker med funksjonshemminger skriver Stubrud (2001) de vil variere i muligheten til å realisere ens grunnleggende behov, men dette innebærer ikke at opplevelsen av å ha disse grunnleggende behovene blir svekket – de er prinsipielt de samme, uansett utrustning.

En undersøkelse utført av Swinton (2001) for Britiske Foundation for People with Learning Disabilities konkluderer blant annet med at det finnes svært lite litteratur som omhandler den åndelige dimensjonen hos mennesker med utviklingshemming. Dette hevder også Narayanasamy mfl. (2002), og de spør seg om dette kan være grunnet at dette behovet ikke har blitt sett på som essensielt hos mennesker med utviklingshemming. Selv om forskning som er gjort på området viser at åndelighet kan være en ressurs hos mennesker med utviklingshemming, påstår Narayanasamy mfl (2002) at denne dimensjonen ofte er utelatt fra tjenesteyteres omsorgstankegang i forhold til omsorg for mennesker med utviklingshemming.

Gåsvatn (1992) uttaler at dersom en ser bort i fra diagnosen utviklingshemming, så er mennesker bak diagnosen som andre. Dette innebærer at de kjenner følelser, ønsker, interesser, savn og behov som folk flest. Gåsvatn (1992) uttaler også at behovet for tro, trygghet og å finne en forklaring på tilværelsen og en mening med livet er likt for mennesker med utviklingshemming. Dette viser også Hattons mfl (2004) og Narayanasamys mfl (2002) studier: at mange mennesker med utviklingshemming har en sterk religiøs identitet, og at den åndelige dimensjonen er viktig for mange.

4.2 Mennesker med utviklingshemmings rettigheter

Utviklingshemmedes rettigheter, eksempelvis fra lovverk og internasjonale konvensjoner, må tjenesteytere respektere og overholde i all yrkesutøving.

Retten til å ha og utøve sin personlige tro

Menneskerettighetene presiserer enhvers rett til religionsfrihet. I tillegg blir friheten til å gi uttrykk for sin religion eller tro gjennom utøvelse, tilbedelse og ritualer, både alene og sammen med andre, spesifisert i FNs menneskerettighetserklæring, artikkel #18. Norges Grunnlov, § 2 ledd 1, understreker at *alle* har rett til fri religionsutøvelse.

Funksjonshemmedes rett til å utøve ens personlige tro er fremhevet i FNs standardregel #12 som presiserer at *"statene skal oppmuntre tiltak som gir mennesker med funksjonshemming mulighet til å delta på like vilkår i det religiøse liv i de samfunn de tilhører"*.

Retten til selvbestemmelse

I selvbestemmelse legges den enkeltes rett til å fatte egne beslutninger, og handle etter egne ønsker og vurderinger: *"selvbestemmelse er ikke nødvendigvis et uttrykk for hvor mye du mestrer å gjøre selv, men hvor langt du får ting til å skje i ditt eget liv"* (Wehmeyer og Schwartz 1998 i Høium 2004:156f). Ved å ivareta den enkeltes autonomi, lytter en som tjenesteyter til den andres ønsker, og viser dermed respekt for den andre som person. Dette innebærer at en anerkjenner den andres egenverdi og egenart, og en prøver å komme bort fra en "jeg vet best"-posisjon (Røkenes og Hanssen 2006). Menneskets selvbestemmelse blir løftet frem som den viktigste verdien i arbeid hjemme hos tjenestemottakere (Lingås 2005), og som den øverste verdien i etikken (Henriksen og Vetlesen 2006).

Selvbestemmelse er også løftet frem i FNs menneskerettigheter, og det presiseres i FNs Internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter, artikkel #1 og #2 at alle har selvbestemmelsesrett og at statene skal arbeide for å virkeliggjøre menneskers selvbestemmelsesrett.

Selvbestemmelse i forhold til tros og religionsutøvelse blir også trukket sistnevnte konvensjon, og artikkel #18 poengterer at *"ingen må utsettes for tvang som vil kunne innskrenke hans frihet til å bekjenne seg til eller å anta en religion eller tro etter eget valg"*.

Like rettigheter

I NOU 2001:22 blir det poengtert at mennesker med funksjonsnedsettelse er likestilt med andre, og det uttales

”at mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha samme muligheter som alle andre til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnslivet. (...) Mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha samme rettigheter og plikter som andre. Formell likestilling er ikke tilstrekkelig. Målet er faktisk likestilling, i betydning å sikre alle mennesker reelle muligheter til deltakelse” (NOU 2001:22 13f).

Dette innebærer at alle lover og rettigheter gjelder for mennesker med utviklingshemming også, ikke bare særlovene.

4.3 Yrkesetikk

Etikken omhandler det å reflektere over og avveie valg på en bevisst måte ved hjelp av teori (Lingås 2005), mens moral er det Aadland (1998) skriver er oppfatninger av rett og galt, knyttet til egne eller andres handlinger. Yrkesetikk er bygd på normativ etikk som omhandler å reflektere over viktige verdier og riktige holdninger for å styre atferd og handlinger, og er derfor opptatt av hva en bør eller skal gjøre i bestemte situasjoner (Lingås 2000). Profesjonsetikken gir grunnlag for handling og begrunnede verdivalg i yrkesutøvelsen (FO 2002). Begrunnelsen for yrkesetikk er at yrkesutøvere har personlige verdier de vanligvis handler etter, og yrkesetikken vil derfor være et felles verdigrunnlag alle yrkesutøvere bør handle etter i lys av sin profesjon (Aadland 1998).

Begrepet ”verdier” er nært knyttet til etikken og er bakteppet i all etisk refleksjon.

Begrepet omhandler det en mener er viktig å ha, og uttrykker det som er verdifullt for oss (Lingås 2005). Verdier som gjør seg gjeldende i profesjonelt arbeid, og som er relevante i forhold til problemstillingen, er

- Å skape en meningsfull hverdag for den andre
- Retten til å bli respektert

- Retten til selvbestemmelse
- Retten til ikke-diskriminering
- Likebehandling/likeverd
- Ikke-skade-prinsippet / gjøre-godt-prinsippet
- Møte menneskers behov

(Lingås 2005, FO 2002)

Yrkesetiske verdier er uttalte, og som yrkesutøver er dette verdier som en ønsker skal styre handlinger. Aadland (1998) kaller dette åpne verdier. Skjulte verdier forklarer han som verdier en ikke åpent erkjenner, da disse kan gå på akkord med de åpne verdiene. Verdier kan også være skjulte i form av at en ikke er bevisst dem. Selv om de skjulte verdiene er bevisste eller ikke, vil de påvirke ens handlingsvalg i etiske dilemmaer. Å bli bevisst ens verdier er et bidrag i profesjonell utvikling (Stolanowski og Rønnestad 1997).

Leenderts (1997) beskriver begrepet ”verdinøytralitet”, et begrep dannet for å skille det private og det profesjonelle i en omsorgsrelasjon. Verdinøytralitet dreier seg om at tjenesteyteren skal være ”nøytral” i forhold til livssynsrelaterte verdier, og verdinøytralitetens budskap er at tjenesteyterens personlige verdier og livssyn ikke angår i den profesjonelle relasjonen med tjenestemottakere. Hun reiser spørsmålet om det er mulig å være verdinøytral og legge av seg personlige verdier i arbeidssammenheng ettersom hun mener vi ikke lever i ”verdifrie rom”.

Aadland (1998) skriver at alle har en forforståelse og holdninger som medfører til visse verdiprioriteringer og kan medføre verdikonflikter, en situasjon der to verdier står mot hverandre. Det etiske dilemmaet som her oppstår, er grunnet i at en må velge mellom sentrale verdier. Slike etiske valg som innebærer verdikollisjoner, er mer alvorlige enn andre etiske valg (Lingås 2005). De verdier en handler etter i slike situasjoner, kan uttrykkes i det menneskesynet en har, og menneskesyn handler om hvordan en ser og møter mennesker rundt oss. Slik Henriksen og Vetlesen (2006) beskriver menneskesynet, utgjør det en forståelsesramme for den enkelte for å forstå andre, og menneskesynet en besitter er ofte bestemt ut av den enkeltes livssyn og tradisjoner. Av den grunn uttaler de at det er en nær sammenheng mellom menneskesyn og livssyn. De skriver også at hvilke etiske vurderinger en gjør, henger sammen med hvilket menneskesyn en besitter. ”Å gjøre

klart for seg selv hvilket menneskesyn en har, har derfor også konsekvenser for hva slags verdisyn en ender opp med” (Henriksen og Vetlesen 2006:60).

Linde og Nordlund (2006) hevder at det menneskesynet en har som profesjon også er avgjørende for hvilken praksis en utøver. Som helse- og sosialarbeider er det uttalt at en skal arbeide etter et helhetlig/holistisk menneskesyn, noe som innebærer å få hele mennesket i fokus (FO 2002). I forhold til helhetssynet på mennesker, innebærer dette også menneskets åndelige sider (Rammeplan for 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning 2005).

Kjernen i all omsorgsutøvelse er evne til etisk refleksjon over ens holdning og handling i møte med mennesker. Dette gjør seg også gjeldende i forhold til åndelig omsorg, og Schärfe og Rosenkvist (2008) uttaler at det er viktig å bli bevisst hvilke hindringer som eksisterer i utøvelsen av åndelig omsorg, slik at en har mulighet til å rydde hindringene av veien. En annen viktig etisk refleksjon er refleksjonen over den makten en har i relasjon til andre, som medfører at en må gyldiggjøre og begrunne ens handlinger (Røkenes og Hanssen 2006). FOs (2002) yrkesetiske retningslinjer peker på at makten en har som vernepleier kan skape skjevhet i relasjonen til tjenestemottaker ettersom tjenestemottaker er i et avhengighetsforhold til tjenesteyteren. Vernepleieren skal derfor bidra til å synliggjøre de behov tjenestemottakeren har, fremfor å undertrykke dem.

Definisjonsmakten en besitter som yrkesutøver innebærer at en kan definere tjenestemottakers opplevelser og fortolke dem ut fra fagteoretisk bakgrunn og ståsted. Definisjonsmakten kan medføre at en ikke alltid er like lydhør og anerkjennende overfor andres definisjoner av egne opplevelser. Dette medfører et etisk ansvar hos yrkesutøveren i form av å være sensitive for og reflekterte over hvordan en påvirker tjenestemottakeren, og vise grunnleggende respekt for den andre i form av å anerkjenne andres opplevelser og måter å uttrykke seg på (Røkenes og Hanssen 2006).

Sentimental og paternalistisk omsorg

Martinsen (2003) uttaler at omsorg har en morals side bygget på etiske verdier. Hun uttaler også at omsorg har mindre moralske sider, og trekker frem begrepene sentimental og paternalistisk omsorg i sin omsorgsfilosofi for sykepleien (Martinsen 1990 og 2003). I den sentimentale omsorgen begrenses sykepleierens deltakelse av egne følelser. Dette innebærer at sykepleieren yter sin omsorg ut fra egne følelser, ikke ut fra et faglig ståsted,

og heller ikke ut fra pasientens behov. Sykepleieren holder dermed pasienten på avstand ved å ikke ta hensyn til pasientens behov og i tillegg overkjøre pasientens autonomi. I den paternalistiske omsorgen holder sykepleieren avstand til pasienten grunnet bedrevitenhet. Sykepleieren tar ikke høyde for pasientens ønsker ettersom hun handler på ren rutine ut fra fagkunnskap uten hensyn til pasienten og ut fra en paternalistisk tankegang (Martinsen 1990 og 2003).

I sykepleiefaglig litteratur går det igjen at det som regel er er pasienten som skal ta initiativet til, eller gi det første tegnet til, at han ønsker å komme inn på et åndelig eller eksistensielt tema. Videre skal sykepleieren vise stor varsomhet, være lyttende og ikke ”misjonere” egne meninger (Shärfe 1988, Overgaard 2003)

Yrkesetikken knyttes gjerne opp til spesifikke profesjoner (Lingås 2000). Kvaliteter i profesjonalitet er å kunne kritisk reflektere over egne handlinger bygd på kunnskap, og begrunne handlinger og verdivalg (Lunde og Nordlund 2006). Profesjonalitet omhandler også at en til en viss grad må sette egne preferanser og meninger til side, og påta de oppgaver yrkesrollen krever (Røkenes og Hanssen 2006). Kravet til fagfolks ”være-i-kompetanse” omhandler det å kunne forholde seg til krav stilt i yrkessituasjoner ”*som ikke kan løses eller håndteres ved aktive, målrettede, instrumentelle handlinger, men som krever en annen form for tilstedeværelse i stedet for eller i tillegg til aktiv handling*” (Røkenes og Hanssen 2006:78). Det hevdes at dette innebærer at fagfolk må tåle å være i situasjoner som oppleves vanskelig. Være-i-kompetansen knyttes til tre forhold. For det første må fagpersonen forholde seg til seg selv gjennom å våge å være seg selv og ha reflektert over egen forforståelses betydning. For det andre må fagpersonen forholde seg til andre ved å være emosjonelt tilgjengelig ved å sette egen verden til side og gi rom for andres opplevelse. For det tredje må fagpersonen forholde seg til ulike situasjoner og krav hvor instrumentelle handlinger ikke hjelper, eksempelvis ved å forholde seg til tabubelagte tema. Dette innebærer også å evne til å håndheve lover og yrkesetikk slik at andres rettigheter og verdighet ikke blir krenket (Røkenes og Hanssen 2006).

4.4 Åndelig omsorg og religionens betydning

Det er uttalt i fagplan og forskrift for 3-årig vernepleierutdanning: *"Et helhetssyn på brukeren er avgjørende for et godt tilbud. Den enkelte tjenesteyter forholder seg til hele mennesket, med dets fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige sider"* (Rammeplan for 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning 2005:6) De fire dimensjonene er utarbeidet etter hva som regnes som menneskets grunnleggende behov (Blix og Breivik 2006). Slik jeg tolker det de skriver, poengterer de at det er nødvendig at tjenesteytere må vite hva som kjennetegner de fire dimensjonene hos et menneske for å kunne utøve god og helhetlig omsorg for den enkelte tjenestemottaker.

Utøvelse av religion og dens betydning for mennesker

Religiøsitet og åndelighet er ikke det samme, men religiøsitet er en del av den åndelige dimensjonen hos mennesket. Dette innebærer også at religiøse behov kan ivaretas på andre måter enn åndelige behov. Eksempelvis kan åndelige behov ivaretas gjennom det Blix og Breivik (2006) kaller en "indre orientering", mens religiøse behov møtes med en ytre orientering. Den indre orienteringen omhandler selvaktelsen og ens identitet, mening og formål med livet og følelsen av trygghet og håp (Schärfe 1988). En møter gjerne ens religiøse behov gjennom å utøve ytre handlinger, eksempelvis gjennom å delta og gå på gudstjeneste, overholde skikker og ritualer i ens religion og mottakelse av sakramenter, altså en ytre orientering (Schärfe 1988).

Ens religion kan beskrives som et menneskets livssyn (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998). Livssynet kan ses på som den enkeltes tolkningsramme for å gi livet mening og sammenheng, i tillegg til at det blir den enkeltes ressurs i mestringen av den livssituasjonen en er i (Ilkjær 2004), og livssyn defineres som *"enkeltmenneskets egne overbevisninger, vurderinger og opplevelser av livet"* (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998:26).

Det styrker enkeltmenneskets integritet når det får handle i samsvar med sine personlige verdier og overbevisninger og måten en ønsker å leve på vil også gjenspeile ens livssyn (Ilkjær 2004). Det blir uttalt at dersom åndelige behov ikke tilfredsstilles, kan dette påvirke enkeltmennesket negativt. Eksempelvis kan utilfredsstilte åndelige behov komme til uttrykk i form av håpløshet, vrede, skyldfølelse, angst, isolasjon, minsket livsmot og

manglende forståelse av meningen med liv og lidelse (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998). Gonge, mfl. (i 1983 i Nilsen 1984) uttaler også dette, og skriver at hvis et menneske ikke får mulighet til å praktisere sin religion, kan dette mennesket ”reduceres”.

4.5 Utfordringer i utøvelse av åndelig omsorg og den profesjonelle rolle

Litteraturen peker på forutsetninger for åndelig omsorg som er synonyme med yrkesetiske retningslinjer. Eksempelvis kreves det sympati og empati (Hansen 1998 i Frølund 2006), lydhørhet (Overgaard 2003, Lie 2002) og respekt for andres meninger og livssyn (Hansen 1998 i Frølund 2006, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998). Overgaard (2003) uttaler dersom tjenesteyteren i sin omsorgsutøvelse er sanselig åpen for hele tjenestemottakeren, også tjenestemottakers livssyn ”...bliver åndelig omsorg en fuldgylldig og naturlig del af omsorgen...” (Overgaard 2003:57).

Frølund (2006) uttaler at den åndelige dimensjonen i helhetssykepleien er den vanskeligste, noe som kan skape utfordringer i utøvelsen av åndelig omsorg for tjenestemottakere. Det blir uttalt at ettersom den åndelige dimensjonen kan være vanskelig for tjenesteytere å ivareta, kan dette medføre at denne formen for omsorg også ofte forsømmes (Leenderts 1997, Lie 2002, Lundemark 2005, Frølund 2006).

Zahl utførte våren 2002 en undersøkelse blant norske sosionomer tilknyttet FO, som omhandlet koblingen mellom sosialt arbeid og livssyn (Zahl og Furman 2005). Studien viste at blant de spurte sosionomer, mente ¼ av respondentene at å integrere religion/livssyn i sosialt arbeids praksis strider mot FOs yrkesetikk. 26 % sa at ikke bør trekke inn religion/livssyn på eget initiativ, og bare 21 % utalte at livssyn hører med når en kartlegger tjenestemottakers problem. Dette selv om 8/10 hevder at livssyn er et fundamentalt aspekt ved mennesket, og 7/10 uttrykte at de ønsket mer kompetanse på området. Zahl uttaler at en mulig tolking av disse tallene kan være at religion og livssyn kan betraktes som tabuområde hos norske sosionomer (Zahl og Furman 2005).

Flere faktorer gjør seg gjeldende i aktuell teori i forhold til utfordringer i utøvelsen av åndelig omsorg. Eksempelvis kan samfunnsutviklingen kan spille en rolle i den åndelige

omsorgen. Religion har tapt mye av sin rolle i det offentlige rommet, og sekulariseringsprosesser har brutt ned religionens ideologiske, og dermed legitimerende samfunnsbærende funksjon (Aadnanes 2002). Begrepet sekularisering blir oversatt med verdsliggjøring, og i begrepet legges det at religion har fått en generelt mindre sentral plass i både samfunnslivet og dagliglivet til den enkelte, og er et fenomen som gjør seg gjeldene spesielt i vest-europeisk kultur (Grasaas 2006). Dagens samfunn er i tillegg mer sammensatt enn tidligere. Det eksisterer et mangfold av livssyn og religioner, og kompleksiteten i dette medfører utfordringer for samspillet mellom sosialarbeidere og klienter (Zahl 2002). Dette samfunnet kaller Aadnanes (2002) for livssynspluralitet, som Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) definerer som at flere forskjellige livssyn eksisterer med samme rett ved siden av hverandre. Dette innebærer at tjenestemottakere og tjenesteytere ikke behøver å ha et felles livssyn (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998).

Oppfatningen om at religiøs og åndelig omsorg utelukkende hører hjemme i den private sfære, og at åndelige og eksistensielle spørsmål er tabubelagt og privatisert i norsk kultur og helsevesen, trukket frem av flere forfattere (Leenderts 1997, Nilsen 1984, Brager og Wisløff 1990, Zahl og Furman 2005 Aakre 2007). Det poengteres at religion og åndelighet oppfattes som et så privat område at tjenesteytere nedprioriterer området. Overgaard (2003) poengterer at det er et problem at det ikke er naturlig å yte åndelig omsorg i helsevesenet, og grunnen til denne unaturligheten er at mennesket ikke blir betraktet som et åndelig vesen, til tross for det uttalte helhetssynet i sykepleien.

Der åndelige behov blir regnet som viktig i helhetsomsorgen, rår andre utfordringer. Frølund (2006) trekker frem i sin undersøkelse at sykepleiere ikke turte å ta opp åndelig omsorg i forhold til sine pasienter i frykt for å begå overgrep mot pasienten i form av å overskride pasientens grenser og integritet. Sykepleieren var redd for å feile, men Schärfe og Rosenkvist (2008) uttaler at en må risikere å feile i forbindelse med åndelig omsorg. De poengterer at en som tjenesteyter bør øve seg i å utøve åndelig omsorg *før* møtet med den andre, men at dette ikke alltid er mulig. Det er her de sier det må gis rom for å feile, og at en dermed har mulighet til å lære av sine feil; *"det har vi ikke, hvis vi intet gjør"* (Schärfe og Rosenkvist 2008:47). Kompetanse er dermed en relevant faktor, og Lundemarks (2005) studie viser at sykepleiere savner undervisning om åndelig omsorg, og ikke minst kunnskap om hvordan snakke om åndelige spørsmål. Dersom en ikke kjenner seg

kompetent til å utøve åndelig omsorg, bør det være naturlig å trekke inn ekstern hjelp (Lie 2002)

Schärfe og Rosenkvist (2008) trekker frem Steinfeldt (2006), som uttaler at det å ha manglende viten om andres religion kan være en måte å møte mennesket på. Ved å erkjenne at en ikke vet hvordan en skal gripe an situasjonen, kan dette føre til ydmykhet, nysgjerrighet og åpenhet over det som er fremmed for tjenestemottakeren. Det blir uttalt videre at det dermed blir tjenestemottakers behov som er i sentrum for tjenesteyters handlinger, fremfor tjenesteyters begrensede viten. Overgaard (2003) mener det samme og tolker J. Travelbees omsorgsfilosofi slik:

”Hvis en sygeplejerske lægger sin egen forventning væk om altid at kunne svare og altid at være effektiv i alle handlinger, også når det drejer sig om svar på livets store spørgsmål, og af og til tillader sig selv blot at være til stede, skrøbelig i sin uformåenhet, vil hun ofte opnå en dypere kontakt med patienterne, som opdager, at det er rart, at en sygeplejerske også kan være rådvild, når det drejer sig om eksistensen. Dette er en god grund for åndelig omsorg, da samtalen kan foregå på et ligeværdigt plan” (Overgaards 2003:94).

Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998), Schärfe (1988), Dahle og Torgauten (2004) og Lundmark (2005) uttaler at for å yte god åndelig omsorg, er det avgjørende at en som tjenesteyter har bearbeidet eget forhold til åndelige og eksistensielle behov for å kunne utøve det. Dette for å kunne identifisere og møte livssynsbehov hos tjenestemottakere, samt for å være trygg i yrkesutøvelsen. Egen gudstro er ikke nødvendig for å kunne gi god åndelig omsorg, da livserfaring og yrkeserfaring kan kompensere for egen gudstro (Lundmark 2005). Lie (2002) hevder at å ikke ha en tro er også en tro, dersom tjenesteyteren er bevisst og ærlig på egen overbevisning. Lingås (2000) og (Zahl 2006) uttaler at det å ta sin egen overbevisning alvorlig kanskje er en forutsetning for å ta andres overbevisning like alvorlig.

Dahle og Torgauten 2004 skriver at en ikke skal gå på akkord med eget livssyn, og at en må ha mulighet til å reservere seg da en ikke skal måtte overskride egne grenser i forhold til livssyn. Av den grunn sier de videre at det er nødvendig å skille mellom begrepene ”å legge til rette for” og ”utføre sammen med”. En er forpliktet til å legge til rette for når dette

inngår i planverk og avtaler, men en har ikke plikt til å utføre sammen med i noen omstendigheter.

Egen avklaring av åndelig ståsted kan også skape utfordringer, eksempelvis at ens egne verdier kan bli satt på prøve i møtet med den andre som har annet livssyn enn seg selv (Lingås 2000). Det er heller ikke lett å skulle møte andres livssyn og være tolerant når en har en fast overbevisning over eget livssyn (Nilsen 1984). Nilsen (1984) hevder at dette kan være en alvorlig påkjenning for et menneske: å bevare sitt eget og samtidig anerkjenne andres livssyn. I en omsorgssituasjon vil tjenesteytere bringe egne verdier, hensikter, regler, kunnskap og lignende inn i en omsorgssituasjon, og denne omsorgssituasjonen er et møte med tjenestemottakers verdier, hensikter, regler og kunnskap (Hansen 2004). Som tjenesteyter kan en lett se livet fra eget sentrum, noe som kan medføre at en ser verden gjennom egne briller, noe Nilsen (1984) og Overgaard (2003) uttaler. Overgaard (2003) uttaler videre at det ofte er sykepleierens holdning som projiseres til pasienten i forhold til åndelig omsorg, og hun hevder at tjenesteyteren ofte tar utgangspunkt i seg selv og sine behov, og er dermed ikke tilstrekkelig åpen for hvordan andres bilde av verden kan se ut. Høium (1999) på sin side, sier at en tilrettelegger ut fra egne (hjelperens) forutsetninger for å gjøre en god jobb i iver etter å gjøre noe.

Lingås (2000) hevder at den virkelige store utfordringen for helse- og sosialarbeideres ikke-diskriminerende praksis i forhold til religion og livssyn, er å kunne vise en ekte empati med følelsene og tankene til mennesker med et annet livssyn enn en selv har. Leenderts (1997) siterer Lingås (2000) her, og hevder at Lingås' utsagn omhandler aktiv omsorg, og forholde seg til det mennesker tror på og kjenner seg forpliktet av.

Organisatoriske og praktiske hensyn kan også spille inn i utøvelsen av åndelig omsorg. En undersøkelse viser at arbeidskultur og ledelsens og kollegaers holdning til denne formen for omsorg er av betydning (Dam mfl 2006). Lie (2002) støtter også opp om dette, og skriver at en kan låses fast av arbeidsplassens rammer og kultur, og dermed rives mellom det ideelle og reelle. I tillegg spiller tids og ressursfaktoren inn (Schärfe 1998, Lundmark 2005).

Trafikklyset

Schärfe (1988 og 2008) benytter et trafikklys som illustrasjon på hvilke signaler en som tjenesteyter gir i forhold til åndelig omsorg, og hvilke konsekvenser dette kan gi for tjenestemottakeren.

Signal	Holdning	Karakteristika	Konsekvenser hos pasienten
Rødt lys Stopp!	Hemmende <i>"du vil vel ikke inn på åndelige emner!"</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Oppfarende - Truende - Overbærende? - Bedrevitende? - Hoverende? 	<ul style="list-style-type: none"> - angst - Tilkjennegir ikke åndelige behov - <i>"Religion er tabu!"</i>
Gult lys Vent!	Avventende <i>"Hva har du lyst til å prate om?" "Hva mener du selv?"</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>"Jeg vil nødig presse, pasienten må selv spørre"</i> - Åpen, lyttende - "Nøytral", unngår å "påvirke" - Tilkjennegir ikke eget standpunkt - Informerer ikke/tilbyr ikke åndelig hjelp uoppfordret, introduserer ikke åndelige emner. - Stiller ikke direkte spørsmål 	<ul style="list-style-type: none"> - Usikkerhet mht sykepleierens standpunkt - Tilkjennegir ikke åndelige behov - Forsterker åndelig bluferdighet - <i>"Åndelig omsorg er ikke sykepleierens område"</i>
Grønt lys Kjør!	Fremmende <i>"Vil du snakke om musikk – sport – kunst – religion... eller noe helt annet?"</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivt lyttende - Informerer uoppfordret om egne forutsetninger og muligheter for hjelp - Tilbyr uoppfordret (formidlig av) åndelig 	<ul style="list-style-type: none"> - Trygghet mht tilstedeværende ressurser - tillit til sykepleiersken - Frihet til å snakke om åndelige emner – og til å la være!

		hjelp - Stiller direkte, men taktfulle spørsmål - Gir valgmuligheter, inkludert åndelige	- <i>"Åndelig omsorg er også sykepleierens område"</i>
--	--	--	---

(Hentet fra Schärfe 1988:43, oversatt til norsk av undertegnede)

5.0 Drøftingsdel

*En drøfting av vernepleierens mulige utfordringer i møtet
med mennesker med utviklingshemmings uttalte religiøse behov i bofellesskap*

Slik jeg ser teorien, kan de mulige utfordringene eksistere på flere nivåer: på individnivå hos vernepleieren og i relasjon med tjenestemottaker, på gruppenivå på arbeidsplassen, og også på systemnivå. For å begrense drøftingen, avgrensers jeg til de utfordringene som kan eksistere på individnivå.

I drøftingen forutsetter jeg at den religionsutøvelsen den utviklingshemmede ønsker å utøve er forsvarlig, og ikke til skade for den det gjelder eller andre. Av den grunn utelater jeg drøftinger i forhold til hvilken høyde en som vernepleier bør ta i forhold til utviklingshemmedes kompetanse til og ta, og konsekvensen av, egne valg.

Drøftingen tar utgangspunkt i hvilke verdier, både personlige og profesjonelle, som eksisterer i problemstillingen, og som dermed også kan kollidere med hverandre for å belyse problemstillingen. Jeg kobler drøftingen til Schärfes (1988, 2008) trafikklys, og drøfter hvilke utfordringer som kan oppstå for vernepleieren i forhold til problemstillingen på både grønt, gult og rødt lys.

5.1 Grønt lys – kjør!

I det grønne lyset, fremmer tjenesteyteren åndelig omsorg. Dette innebærer at tjenesteyteren tilbyr åndelig omsorg, eller formidling av denne, og gir åndelige valgmuligheter for tjenestemottakeren. For å kunne gjøre dette må tjenesteyteren være aktivt lyttende til tjenestemottakers behov, og ærlig i forhold til egne forutsetninger for å utøve åndelig omsorg.

Slik jeg oppfatter lovverk og de rettighetene presentert i teoridelen, er disse universelle, allmenne verdier: alle har rett til å uttrykke- og leve etter sine religiøse overbevisninger. Ettersom vernepleieren ofte er ytterste ledd i forvaltningen og av den grunn er i direkte

kontakt med tjenestemottakere, ligger ansvaret for å opprettholde disse lovene ofte hos vernepleieren. I forhold til mennesker med utviklingshemming, er det i FNs standardregel #12 presisert at statene skal *oppmuntre* tiltak i forhold til mulighet til å delta på like vilkår i det religiøse liv i de samfunn de tilhører. Innebærer dette en større forpliktelse hos vernepleieren? Slik jeg tolker ordet ”oppmuntre” i standardregelen, fordrer dette en aktiv handling hos tjenesteyteren. I forhold til det grønne lyset, innebærer dette at vernepleieren uoppfordret skal tilby tiltak og gi valgmuligheter i forhold til religiøs utøving. Generell del i rammeplan for helse- og sosialarbeiderutdanningene, inkludert vernepleierutdanningen, sier det samme. Ved å presisere at åndelige behov er en del av helhetsomsorgen forstår jeg det slik at denne delen av omsorgen må tas på alvor, og den må også kunne berøres i en hjelpesituasjon, slik som Zahl og Furman (2005) uttaler. Så hvor ligger utfordringen? Dersom det er lovbestemt at mennesker med utviklingshemming skal kunne leve etter sine religiøse overbevisninger, eksisterer det da reelle utfordringer?

Mennesker med utviklingshemming har samme grunnleggende behov som andre, deriblant religiøse behov. Som vernepleier skal en møte menneskene en arbeider sammen med og for med respekt, noe som også er presisert i yrkesetiske retningslinjer. I forhold til å møte utviklingshemmedes uttalte religiøse behov, kan denne respekten innebære å møte de behov det gis uttrykk for med et grønt lys, og dermed styrke vedkommendes integritet. For vil ikke respekten for enkeltmenneskets liv og verdighet være å imøtekomme behovene, slik Aakre (2007), uttaler i forhold til å møte menneskers åndelige behov? Å møte tjenestemottakere med respekt, innebærer også at deres verdier må vektlegges og respekteres. Dette medfører blant annet at en den enkelte tjenestemottakers verdisystem må tas i betraktning når omsorgen planlegges og gjennomføres (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998).

Det å vise respekt for mennesker med utviklingshemmings religiøse behov, handler også om å opprettholde deres autonomi, et av de viktigste verdiene en som vernepleier arbeider etter. Det å opprettholde selvbestemmelsen, bidrar også til å opprettholde ens personlige integritet, og vernepleieren tar dermed vare på menneskeverdet. Henriksen og Vetlesen (2006) utdyper at dersom en krenker menneskets autonomi, krenker en også vesentlige aspekter ved dette menneskets menneskeverd, noe som innebærer at autonomien inngår i forståelsen av menneskeverdet. Spørsmålet om alle mennesker med utviklingshemming har evne til selvbestemmelse i forhold til religionsvalg kan være relevant. Når det gjelder

utøvelse av personlig religion, er dette et produkt av selvbestemmelsen, ikke et spørsmål om brukermedvirkning, og begge faktorer er forankret i lovverk. Selv om mennesker med utviklingshemming kan ha ulike evner til selvbestemmelse, kan en ikke gradere denne når det er snakk om religion. Religion er en rettighet. Utfordringen for vernepleieren blir dermed å understøtte den utviklingshemmedes evne til autonomi, og spørsmålet om en er lydhør nok overfor utviklingshemmedes selvbestemte verdivalg i forhold til religion reiser seg. Valget utviklingshemmede har tatt i forhold til eget livssyn må respekteres, men selv om vernepleieren gjør dette, og har et tydelig grønt lys, kan det likevel eksistere utfordringer i møtet problemstillingen beskriver.

Alle har vi like universelle rettigheter, men ens individuelle forutsetninger til å følge opp disse kan variere. Definisjonen på utviklingshemming peker på at utviklingshemmede kan ha utfordringer med å uttrykke ønsker og behov, og de kan også ha begrenset mulighet til å fremme egne ønsker og interesser, som Høium (2004) og Hansen (2004) uttaler. Knyttet til det Stubrud (2001) skriver om mennesker med funksjonshemmings varierende mulighet til å realisere ens grunnleggende behov, kan utviklingshemmede derfor ha vanskeligheter med å uttrykke sitt religiøse behov til vernepleieren. Ligger utfordringen dermed hos mennesket med utviklingshemmings uttrykksevne, eller hos vernepleieren som skal tolke den utviklingshemmedes kommunikasjon? Utfordringer kan oppstå, for selv om en som vernepleier er både sensitiv og lydhør overfor de mennesker en arbeider med, kan det være at en ikke forstår, tolker eller oppfatter riktig de behovene som blir kommunisert, deriblant religiøse behov. Som vernepleiere skal en anstrenge seg for å imøtekomme tjenestemottaker, men anstrengelsen kan være fånyttet dersom en misforstår eller mister viktige budskap i kommunikasjonsprosessen. Denne kommunikasjonsutfordringen er også en utfordring for den utviklingshemmedes rettigheter. Er det slik at selvbestemmelse og brukerstyring bare krever at en konkret kan kommunisere sine ønsker til omgivelsene? Christensen og Nilssen (2006), hevder at selvbestemmelse ikke entydig avhenger av dette, men også av tjenesteyternes fortolkningsevne og kompetanse. Som vernepleier skal en være oppmerksom på de behov og ønsker tjenestemottaker har, og følge opp disse.

For å knytte dette til trafikklyset, vernepleieren kan lyse grønt og være åpen, tilgjengelig og tilstede for å bistå mennesker med utviklingshemmings religiøse behov, men når ikke tak i de behov som uttrykkes. Teorien trekker frem at en i hjelperelasjon tar utgangspunkt i egen forståelsesramme. Dersom en som vernepleier ikke vektlegger religion og religiøsitet

i eget liv, kan dette prege forståelsesrammen i større eller mindre grad. Hvis en da ikke når tak i religiøse behov hos tjenestemottaker, kan handlingsforløpet fra vernepleieren preges av at en utfører handlinger i forhold til hva en selv synes er bra, også må være bra for tjenestemottakeren. Slik jeg tolker Martinsens omsorgsfilosofi, er det er slike situasjoner Martinsen (1990) referer til når hun benytter begrepet ”sentimental omsorg”. Vernepleieren handler ut fra de følelser hun mener er reelle, ikke ut fra pasientens faktiske behov. Jeg vil her trekke frem den gylne regel, som finnes i forskjellige varianter i de fleste religioner og livssyn (Lingås 2000). Dens ordlyd *”alt dere vil at andre skal gjøre mot dere, skal også dere gjøre mot dem”* (Bibelen, Matt. 7:12a), kaller Lingås (2000) et gjensidighetsprinsipp, og kan dermed knyttes til yrkesetiske verdier som ”gjøre-godt”- og ”ikke-skade”-prinsippene. Løgstrup (1987) uttaler at dette er en ”regel for vår fantasi” (Løgstrup 1987 i Martinsen 1990). I dette legger han at en skal fantasere seg til hvordan en selv ønsker å bli behandlet dersom vi var i den andres sted, og dermed handle deretter. Dette stemmer overens med etikkens ”gjøre-godt”-prinsipp. Regelen kan problematiseres ved å knytte den til sentimental omsorg. Slik jeg tolker regelen skal en handle mot andre ut fra det en selv mener er godt. Behøver det som en som vernepleier opplever som et gode, være et gode for de menneskene en arbeider for og sammen med? Eksempelvis kan en i sitt livssyn vektlegge at Gud og religion ikke er vesentlig, og dermed bli blind for at dette kan være et gode for tjenestemottakeren. Som det tidligere er uttalt, uttrykker mennesker med utviklingshemming i mindre grad egne ønsker og behov, noe som medfører at en som vernepleier kan ende opp med å arbeide mot ”gjøre-godt”-prinsippet selv om intensjonen var god. Vernepleieren kan dermed i utgangspunktet ha et grønt lys i forhold til å møte mennesker med utviklingshemmings religiøse behov, men grunnet at en kan ta utgangspunkt i hva en selv mener er godt, kan en som utviklingshemmet oppleve at andre verdier blir satt foran de religiøse. Utfordringen blir dermed å identifisere seg med den andre, og sette seg i vedkommendes sted, noe som kan jeg tolker kan være det motsatte av den gylne regels prinsipp. Utgangspunktet for den åndelige omsorgen er ikke vernepleieren, men de religiøse ønsker og behov uttrykt fra mennesket med utviklingshemming en arbeider for og med. Utfordringen er å finne et felles utgangspunkt som gjør det mulig å kommunisere om åndelige sider, som Zahl og Furman (2005) poengterer. Gjennom å finne et slikt felles utgangspunkt får vernepleieren bekreftet det enkelte mennesket ved å bekrefte og møte vedkommendes behov, eksempelvis religiøse. Dersom en ikke får bekreftet disse behovene, får en da bekreftet mennesket bak?

5.2 Gult lys – Vent!

Schärfes gule lys medfører at tjenesteyteren er avventende i forhold til åndelig omsorg. Tjenestemottakeren må selv ta uttrykke religiøse og åndelige behov, først da kan tjenesteyteren bistå. Tjenestemottakeren informerer ikke om, eller tilbyr åndelig omsorg i tjenesten.

Teorien viser til at sykepleiere helst ikke tar opp åndelig omsorg som tema for pasienten før pasienten selv uttrykker ønske om dette. Slik jeg tolker Schärfes trafikklys, innebærer dette å konstant bære et gult lys i forhold til åndelig omsorg. En kan spørre seg om dette er adekvate ”retningslinjene” i et bofellesskap hvor en som vernepleier arbeider i andres hjem. Eksempelvis er en av utfordringene for helsepersonell å utøve åndelig omsorg, teoretisk sett, at en ser på åndelighet, religion og de temaer som faller under dette, som tilhørende menneskets private sfære, og dermed ikke et anliggende for det offentlige. For en sykepleier som arbeider med pasienter i korte perioder, kan tankegangen være forståelig. Kan argumentet om å holde religion til den private sfære holde mål i omstendigheter der en som vernepleier arbeider utviklingshemmedes private hjem? Jeg vil igjen trekke frem argumentet om at mange utviklingshemmede ikke fremmer egne ønsker og behov. Dersom en som vernepleier ikke vil bistå i religiøse behov fordi det er for privat, hvem skal så bistå når det er vernepleieren som gjerne er i kontakt med enkeltmennesket i vedkommendes eget hjem over lengre tid? Lorentzen (2008) uttaler at det er i privatsfæren en gjerne nyter selvbestemmelsen og autonomien mest. I forhold til teori om selvbestemmelse for utviklingshemmede i bofellesskap, sier flere forfattere at de har færre muligheter til å ta valg som kan påvirke egen livssituasjon. Kan dette ses i forhold til teorien som uttaler at slike boligformer er preget av rutiner i forhold til omsorgsutøvelsen som ansatte har kontroll over? Av den grunn kan en utfordring for vernepleieren være å finne tid til åndelig omsorg ettersom dagens gjøremål må utføres. Når dette i tillegg blir sett i sammenheng med det Terland (2006) skriver om at utviklingshemmede klager lite på forhold til ikke er tilfreds med, kan det gule lyset hos vernepleieren opprettholdes, dersom den utviklingshemmede ikke selv griper inn i situasjonen og ber om bistand til religiøse behov. Vil det ikke dermed være en utfordring for vernepleieren å bryte denne sirkelen for å se disse behovene?

Den debatterte verdinøytraliteten er mer eller mindre borte fra dagens helsevesen. Dette grunnet at en ikke under noen omstendigheter klarer å forholde seg verdinøytral, som Leenderts (1997) poengterer. I verdinøytraliteten lå det også at tro og religiøsitet skulle tilhøre privatsfæren. Disse to elementene – religiøsitet og nøytralitet – blir dermed to motpoler som vanskelig kan forenes. Schärfes gule lys i trafikklyset representerer en verdinøytralitet, der en som tjenesteyter skal unngå å påvirke andre. Ettersom verdinøytralitet er umulig, kan en heller ikke som vernepleier utøve verdinøytralitet. Hvis en hadde en drøm om dette i utgangspunktet, ville det ikke vært som Zahl (2002) uttrykker, at tjenesteytere gjennom verdinøytraliteten heller tar utgangspunkt i seg selv i omsorgen fremfor tjenestemottakeren?

Lovverket er ikke et ledd i brukermedvirkningen når det gjelder trosspørsmål – det er en rettighet. Eksempelvis skal vernepleiere være individorienterte, og yrkesutøvelsen skal gjenspeile tjenestemottakers mulighet for selvbestemmelse (FO 2002). I tillegg presiserer FO videre at vernepleiefaglig overordnet mål, er å bidra til at mennesker en arbeider for og sammen med oppnår god livskvalitet. Teorien sier at livskvalitet blant annet oppstår gjennom selvbestemmelse og muligheten til å ta egne valg i hverdagen. Slike valg er, blant mange andre, å tro på en guddom og ha et ønske om å tilhøre et trossamfunn, samt å kunne uttrykke sin religion i hverdagen. For et menneske med utviklingshemming, vil det å lyse gult lys i forhold til åndelig omsorg kanskje ikke være nok til at vedkommende får mulighet til å utøve sin religion. Det gule lyse tilsier at det er mennesket med utviklingshemming som først må ta opp temaet, og for mange kan dette være en barriere, blant annet kommunikasjonsmessig.

FNs standardregler, og andre særlovgivninger er dokumenter som presiserer at de universelle lovene, deriblant retten til religionsutøvelse, også gjelder for utviklingshemmede. Kan det være at særlovgivningen trengs nettopp for å sette grunnleggende behov, som de åndelige, hos mennesker med utviklingshemming på dagsordenen til vernepleiere og annet omsorgspersonell? En utfordring i forhold til åndelige omsorg for mennesker med utviklingshemming kan tenkes at en som vernepleier har lite kunnskap om denne siden ved mennesket. Dersom en har liten kunnskap om åndelig omsorg, holder en seg mer avventende til det? Spesielt i forhold til utviklingshemmede er det lite forskning og litteratur på dette området, slik Narayanasamy

mfl (2002) presiserer, selv om det er presisert at dette er en viktig og vesentlig side hos utviklingshemmede (Swinton 2001). Ved at emnet kan være nedprioritert i litteratur- og forskningssammenheng, kan dette være en faktor til at det et ”glemt” område for de som er i direkte tjenesteyting med den aktuelle brukergruppen, og at en dermed også forholder seg avventende? En utfordring blir dermed for vernepleieren å hoppe ut i noe ukjent i frykten for å feile. Men, som Schärfe og Rosenkvist (2008) uttaler, det må være lov å feile, for det er av feilene en lærer.

Som vernepleier bør en tørre å stå i dette møtet problemstillingen beskriver ettersom en vernepleier skal møte hele mennesket, deriblant åndelige behov. Dersom en ikke tar denne risikoen kan en som vernepleier heller ikke vinne større innsikt i hvordan møte behovene og vinne innsikt i problemstillingen. Dette kan medføre at religiøse behov hos utviklingshemmede ikke vil få fokus, og utfordringene vernepleieren har i dette møtet kan dermed vedvare.

5.3 Rødt lys – stopp!

Det røde lyset er hemmende for åndelig omsorg i form av en bedrevitende og oppfarende holdning hos tjenesteyteren. Hun viser tydelig at åndelige behov er tabu, eller signaliserer at dette er et område hun ikke vil inn på. Hva vil skje dersom vernepleieren lyser det røde lyset?

For mange kan det røde lyset være reelt i omsorgsutøvelsen for mennesker med utviklingshemming. Dette grunnet at religion lenge har vært et tabuområde hos fagfolk. Tankegangen om at religion er tabu har særlig gått ut over de som har bodd i institusjoner grunnet at en har vært redd for å påvirke livssyn, og dermed har en også oversett individuelle behov, skriver Gåsvatn (1992). Zahl (2005) følger opp med sin undersøkelse som viser at hver fjerde spurte respondent mente at det stred mot yrkesetiske prinsipp å integrere religion/livssyn i sosialt arbeid, og uttaler at dette kan være grunnet i at religion betraktes som et tabuområde. Utfordringer kan dermed ligge hos vernepleieren i form av det å snakke naturlig om et område som regnes som tabu, særlig i forhold til utviklingshemmede, da de er en brukergruppe som kanskje lett påvirkes av ytre faktorer.

Jeg tolker teorien dit hen at det røde lyset kan signaliseres både bevisst og ubevisst. Eksempelvis kan det røde lyset synliggjøres i forhold til hvordan en forholder seg ubevisst til religiøsitet. Kanskje skruer en automatisk av radiogudstjenesten i fellesarealet i en bolig på søndager, eller heller setter på en komedie når det vises bilder fra en moské på det felles TV-apparatet. Teorien sier at en tolker situasjoner ut fra eget ståsted. Dersom denne tolkningen skjer ubevisst, kan dermed krenkelsen også skje ubevisst? Som vernepleier er en kanskje ikke alltid bevisst hvordan en forholder seg til fenomener, og utfordringen kan være å bli bevisst egne reaksjoner på eksempelvis religion og religiøsitet. Som nevnt i teorien blir samfunnet mer sekularisert. Innebærer dette dermed at den sekulariseringen av samfunnet en har sett den siste tiden medfører mindre fokus på åndelige sider ved mennesket?

Det røde lyset kan lyses bevisst fra vernepleieren. Kanskje hun hver lørdag tilbyr andre aktiviteter enn religiøse, og gjennom dette får kanskje en utviklingshemmet med jødisk tro ikke få holde sin hviledag hellig. Vil denne vernepleieren utstråle holdninger bagatelliserer religion og religiøse aktiviteter? Slike holdninger er bygget på det verdismyndige og menneskesyn en besitter, som også er ens fortolkningsramme av verden. En utfordring kan være å bli bevisst disse holdningene og de konsekvensene disse holdningene har for mennesket med utviklingshemming som ønsker å utøve sin religion som kan oppstå ved et rødt lys. Det vises eksempelvis til flere alvorlige konsekvenser ved å ikke tilfredsstille religiøse behov hos mennesket. Som vernepleier kan en ha stor innflytelse på et menneske med utviklingshemmings liv ettersom bistasrelasjonen gjerne er konstant over lengre tid. Kan disse holdningene smitte over på de menneskene hun arbeider for og med, noe som kan at de den utviklingshemmedes verdier blir undertrykt over lengre tid, og til slutt vil kanskje også miste fotfeste? Dersom vernepleieren utfører slike handlinger, utøver hun ikke åndelig omsorg, men maktbruk. Definisjonsmakten en har som vernepleier kan brukes negativt i den forstand at en ikke anerkjenner andres opplevelser, eksempelvis religiøse, ved at en definerer for andre hva som er verdifullt eller ikke.

Slik negativ maktbruk kan bidra til å undertrykke mennesker med utviklingshemmings autonomi. Dersom en som hjelper lar åndelig og religiøs omsorg være et ikke-tema, har en ikke som hjelper allerede tatt et valg for de utviklingshemmede en arbeider for og sammen med, slik Torgauten (2008) spør? Slik jeg forstår teori om selvbestemmelse, fratar en mennesker den dersom de ikke gis mulighet til å påvirke. Men har utviklingshemmede

reell selvbestemmelse i eget hjem når det gjelder å kunne uttrykke sine åndelige behov? Er de avhengige av vernepleiere og annet personale på vakt som tar religiøse behov og dermed også mennesket bak seriøst? Som vernepleier ligger det en verdi å arbeide etter tjenestemottakers behov. Utfordringen ligger i å ta enkeltes behov på alvor, og imøtekomningen av behovene må ikke være personalavhengige og et resultat av ansvarspulverisering som en konsekvens av det røde lyset. Jeg vil knytte dette til Martinsens (1989) begrep paternalistisk omsorg. Utøveren av paternalistisk omsorg vil ikke kunne bistå i tjenestemottakers behov på en omsorgsrasjonell måte, ettersom en ikke kommer nær de en bistår grunnet bedreviten. Vernepleiere med en slik holdning reduserer enkeltmenneskets autonomi ved å overprøve den enkeltes verdier. Kan det være at slike holdninger kan bidra til at en som vernepleier ikke kommer nær enkeltmennesket som person ettersom en handler, slik som Martinsen uttaler, etter rutine og prosedyrer en selv mener er faglig riktige? Men hvor nær skal en komme tjenestemottakeren før en er for nær? Hansen (1998) skriver at nærhet og avstand ikke er motsetninger, men er hverandres forutsetninger. Hun uttaler at faglig nærvær ikke handler om å identifisere seg med pasienten, men at en ved hjelp av avstand kan reflektere og handle ut fra den enkeltes behov (Hansen 1998 i Frølund 2006). Som tidligere nevnt, ligger ikke utfordringen i å handle etter egne ønsker som vernepleier, men å faktisk identifisere seg med den andre og handle etter den *andres* ønske, noe som er nødvendig i forhold til mennesker med utviklingshemming da de, jeg presiserer igjen, har vansker med å uttrykke egne ønsker og behov.

Zahls (2005) undersøkelse viste at bare 21 % av respondentene mente at livssyn hørte med i kartleggingen av tjenestemottakers problem. Det kan være reelt å ta med mennesker med utviklingshemming på fotballkamp eller på diskotek for å kartlegge om disse aktivitetene kan være av interesse. I forhold til Zahls tall kan en det ligge en utfordring i å kartlegge den samme interessen ved å undersøke om kirkeaktiviteter kan være aktuelt for enkeltmennesket med utviklingshemming. Kan dette være fordi en som tjenesteyter er redd for å påvirke tjenestemottaker religiøst og dermed få en misjonerende rolle? Eller som Frølund (2006) uttaler, at en er redd for å overskride den utviklingshemmedes integritet og at en dermed lyser det røde lyset av den grunn?

Vernepleierens helhetlige menneskesyn og forståelse av mennesket er et uttalt prinsipp fra FO. Dette innebærer at en som vernepleier skal ta hensyn til alle sider ved mennesker en

arbeider for og sammen med, og slik jeg forstår teorien, innebærer dette også menneskets åndelige sider. Dette betyr at for vernepleiefaglig arbeid, er menneskets åndsdimensjon like viktig og relevant for hele menneskets helse og velvære. Medfører dette at denne dimensjonen også er like mye praktisert og satt fokus som menneskets andre grunnleggende behov? Eksempelvis blir en som vernepleier blant annet opplært til å måle og registrere, men er det mulig å kvantifisere metafysiske størrelser som åndelig velvære på samme måte? Kan det være at dette kan være en utfordring for vernepleiere i praksis? Det kan være vanskelig, om ikke umulig å utøve åndelig omsorg til mennesker, dersom en selv har et tydelig rødt lys og ikke anerkjenner disse sidene ved et menneske. Men som vernepleier, er det tillatelig å ikke anerkjenne åndelige sider?

Svaret på spørsmålet over må være nei, ettersom rammeplanen uttaler at åndelige sider *er* en del av mennesket. Vernepleiefaglig arbeid handler om å kartlegge menneskers ressurser og fokusere på disse (FO 2008). Dette kan eksempelvis være å bistå mennesker med utviklingshemming til å leve på en måte som stemmer overens med vedkommendes livsfølelse; det Brager og Wisløff (1990) definerer som å leve i samsvar med ens syn på seg selv og livet. I forhold til det Ilkjær (2004) skriver om å leve etter sine livssynsverdier, kan dette i forhold til utviklingshemmede bidra til å styrke deres integritet og autonomi gjennom at de får leve i forhold til sitt verdigrunnlag i dannet i forhold til deres livssyn og religion.

Yrkesetikken som danner et felles grunnlag for yrkesutøvelse blant vernepleiere, skal, slik jeg forstår det, bidra til en lik etisk praksis i yrkesutøvelsen. Utfordringen kan ligge i det Lorentzen (2006) uttaler, når han spør om en klarer å omgjøre det etiske ”bør” til en konkret moralsk handling. Teoridelen inneholder vesentlige rettigheter og lover en som vernepleier må og skal følge der det er relevant. Etikken på sin side, har retningslinjer for hva en bør gjøre. Men hvilke utfordringer kan oppstå dersom ens egne personlige verdier kan stå i kontrast til yrkesetikken? I slike tilfeller kan en oppleve verdikollisjoner. Aadland (1998) knytter begrepene verdikollisjon og rollekonflikt sammen. Rollen som vernepleier og de verdier en har som vernepleier kan gå på akkord med de verdier en har som ”seg selv”, noe som fører til rollekonflikten. Den moralske utfordringen ”å handle riktig for tjenestemottaker” kan dermed bli ekstra utfordrende.

Individuelle forutsetninger til religionsutøvelse kan variere. Eksempelvis vil noen kunne trenge mer hjelp enn andre, noe som stiller krav til vernepleieren. Et menneske som selv leser sin hellige skrift og ber bønn vil trenge lite hjelp, og utfordringen for vernepleieren kan derfor være ikke-eksisterende. Men der den andre trenger hjelp både til å uttrykke sin religion og praktisk legge til rette for, vil vernepleieren bli konfrontert med seg selv og sine forutsetninger. Dersom den andre vil uttrykke sin religion gjennom å dra til sitt trossamfunn, og trenger hjelp til dette, kan vernepleieren ende opp med å stå i et personlig dilemma, eller indre uvilje, som Lie (2002) uttrykker det. Men hva med den profesjonelle rolle? Røkenes og Hanssen (2006) hevder at det å være profesjonell handler om å sette egne preferanser og meninger til side, og påta de oppgaver yrkesrollen krever – men bare til en viss grad. Personlige verdier i forhold til livssyn må dermed vike for å kunne utføre et profesjonelt arbeid i møte med utviklingshemmedes religiøse behov som strider mot vernepleierens eget verdigrunnlag. I de tilfeller partene har motstridende verdigrunnlag, kan det være en lettvinnt løsning å handle etter eget livssyn da utviklingshemmede sjelden klager på forhold som angår dem, men dette vil etter yrkesetikken være en moralsk forkastelig handling. Være-i-kompetansen Røkenes og Hanssen (2006) beskriver, presiserer at en som tjenesteyter må tåle å være i vanskelige situasjoner, noe som her kan knyttes til situasjoner der en må prioritere verdier, og forholde seg til de krav som stilles. Utfordringen for vernepleieren kan dermed være å arbeide etter et grønt lys, selv om ens egne verdier lyser rødt for å forhindre at den utviklingshemmedes rettigheter ikke blir krenket.

For å møte utviklingshemmedes religiøse behov på en profesjonell måte, bør vernepleieren være trygg i sin yrkesutøvelse. For Dahle og Torgauten (2004) innebærer dette å ha et avklart forhold til eget livssyn. Flere forfattere i teorien presiserer at dette kan bidra til å redusere eventuelle utfordringer en kan møte i åndelig omsorg. Dette fordi, som Lingås (2000) uttaler, at det å ta sin egen overbevisning alvorlig kanskje er en forutsetning for å ta andres overbevisning like alvorlig. Likevel vil det være viktig for vernepleiere å være seg bevisst de situasjoner der en kan ende opp med å gå på akkord med egen samvittighet. I det profesjonelle møtet basert på yrkesetikk skal mennesket med utviklingshemming stå i sentrum. Vil det ikke være slik at med en gang en blander inn egne verdier, vil fokuset forsvinne fra mennesket en er ansatt for å hjelpe, til vernepleieren selv? På den annen side, dersom en opplever personlige verdikonflikter i arbeidet, klarer en som vernepleier å ha nok engasjement for den enkelte til å respektere de valg tjenestemottakere gjør og arbeide

deretter? Og hvor går grensene mellom at en skal hjelpe tjenestemottaker så langt det er mulig ut fra hans ståsted, og hensynet til eget verdigrunnlag, som Lie (2002) spør?

En kan spørre seg om det mulig å legge seg selv til side helt og fullt, og glemme egen tro og livssyn i møtet med den andre i en slik omsorgssituasjon. Slik jeg tolker Røkenes og Hanssen (2006) og Dahle og Torgauten (2004) kan en inntil en viss grad kan en sette profesjonelle verdier til side fremfor personlige. Eksempelvis kan en som vernepleier arbeide etter den yrkesetiske verdien å imøtekomme tjenestemottakers behov. En lørdag spør tjenestemottaker om bistand til å dele ut trossamfunnets informasjonsblad på gata. Tjenestemottaker har ingen mulighet til å gjøre dette alene, han trenger praktisk bistand, og bestemmer selv så langt han kan over egen fritid. Som vernepleier vet du at du bør arbeide etter brukers interesser. Utfordringen ligger i at du har en annen tro som står så sterkt i mot det tjenestemottakers tro står for at en kjenner Lies (2002) indre uvilje i å bistå, noe som kan medføre et ufrivillig rødt lys. Vernepleieren velger å bistå, men i forhold til teorien kan det oppstå konsekvenser. Lie (2002) uttrykker at dersom det er sprik mellom egne verdier og handlinger, kan kvaliteten på tjenestene minke, eller bli tilfeldige. Videre poengterer hun at dette kan medføre at behov kan overses eller bli møtt på en overfladisk måte. Ens skjulte, undertrykte personlige verdier som kanskje uttrykker at det tjenestemottaker tror på er ”feil” kan skinne gjennom selv om en praktisk handler etter de åpne yrkesetiske verdiene. Ens handling avslører ens holdning, hvilket gjelder vernepleiere også. Hvilken holdning en som vernepleier har i møtet med religiøse behov hos andre, kan derfor være avgjørende på hvordan den åndelige omsorgen dermed ytes, og dermed også en utfordring i forhold til å møte religiøse behov hos utviklingshemmede på en god måte. Dersom en ikke klarer å legge bort egne verdier i yrkesutøvelsen, kan en være i fare for å diskriminere andres tro? Zahl (2002) poengterer dette, og presiserer at en må være på vakt for å ikke diskriminere, og trekker frem at tjenestemottakers religion er et av områdene en kan diskriminere andre på.

Å møte religiøse behov hos mennesker handler om å tilrettelegge for, ikke å utføre sammen med. Utøving av religion handler om ytre orientering (Blix og Breivik 2006), noe en er forpliktet til å legge til rette for dersom dette inngår i planverk og avtaler (Dahle og Torgauten 2004). Dersom en eksempelvis ikke ønsker å be med tjenestemottaker, kan det kanskje være nok å bare være sammen med tjenestemottaker når han selv ber. En kan bistå med å følge tjenestemottaker til sitt trossamfunn, lese høyt for vedkommende fra sin

religions hellige tekster, og tilrettelegge praktisk for trosutøvelse. Utfordringer her kan oppstå dersom en lyser rødt fordi en rett og slett ikke vet hvordan forholde seg til situasjonen.

Kommer vi til kort, kan vi, som Lie (2002) utaler, henvise til andre som har mer kompetanse. I møtet med behov hos mennesker bør en ikke begi seg ut på noe en ikke har forutsetninger for å håndtere. Men da bør en som vernepleier også vite at en bør kontakte noen som kan utføre de handlingene det spørres om, slik FO (2008) og Lie (2002) også poengterer, det være seg prest eller annet personale som har bredere erfaring. I de tilfeller der en ikke henviser videre til kompetente andre, kan det være for mange å heller vise til minste motstandsvei når mennesker med utviklingshemming en arbeider for uttrykker religiøse behov? Eksempelvis ved å henvise til de mange arbeidsoppgaver som venter, eller forsøke å snu tema over på noe annet? Behovet mennesket med utviklingshemming har for å få dekket religiøse behov vil ikke bli borte dersom en viker unna denne delen av helhetlig omsorg.

5.4 Grønt, gult og rødt – utfordringer uansett?

Drøftingen peker på flere utfordringer i vernepleierens møte med mennesker med utviklingshemmedes uttalte religiøse behov. Slik jeg har benyttet Schärfes (1988, 2008) trafikklys, ser en at det kan eksistere utfordringer både der en som vernepleier stiller seg åpen, avventende og motvillig til å møte religiøse behov hos mennesker med utviklingshemming. Jeg vil avslutte drøftingen med å presisere at utfordringene jeg har kanskje oppleves som irrelevante for mange, da de ikke opplever at de menneskene en som vernepleier arbeider med uttrykker religiøse behov. Kan en siste utfordring dermed være å reflektere over hvorfor utfordringene i åndelig omsorg uteblir?

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

I besvarelsen har jeg forsøkt å belyse et, slik jeg erfarer, og noe teorien også bekrefter til en viss grad, et område det har vært lite fokus på: åndelig omsorg for mennesker med utviklingshemming. Med utgangspunkt i problemstillingen *En drøfting av vernepleierens mulige utfordringer i møtet med mennesker med utviklingshemmings uttalte religiøse behov i bofellesskap*, har jeg i drøftingsdelen pekt på mulige utfordringer som kan foreligge i det møtet problemstillingen beskriver. Eksempelvis kan en oppleve utfordringer i form av å tolke og oppfatte religiøse behov hos mennesker med utviklingshemming, utfordringer i form av usikkerhet og manglende kompetanse på området, og hvilke utfordringer som foreligger der en som vernepleier har et annet verdigrunnlag enn de menneskene en arbeider for og sammen med.

6.2 Konklusjon

Drøftingen er et resultat av oppgavens problemstilling, og drøftingen viser tydelig at det kan foreligge mulige utfordringer i møtet problemstillingen beskriver. Gjennomgående i drøftingen har jeg pekt på de utfordringer som kan oppstå der en ikke skiller, bevisst eller ubevisst, ens private verdier mot de profesjonelle verdiene en arbeider etter. Dette kan føre til at en som vernepleier tilrettelegger utviklingshemmedes hverdag etter egne preferanser der en ikke når tak i vedkommendes behov, eller at en ikke klarer å utføre et godt arbeid grunnet at ens egne verdier gjør en handlingslammet eller vekker motstand i å bistå. Drøftingen trekker frem at en må reflektere over hvilke verdier som er viktigst i arbeid med andre. Profesjonaliteten krever refleksjon og evne til å skille egne behov fra tjenestemottakerens. Egne verdier bør ikke begrense utviklingshemmedes grunnlovsfestede rettigheter, særlig når en arbeider med mennesker som sjelden protesterer på forhold som angår dem og som er avhengige av personale til å mestre hverdagen. Likevel kan det foreligge utfordringer for vernepleieren, for hvor langt skal en strekke seg for å imøtekomme andres behov?

6.3 Refleksjon

Jeg har i besvarelsen forsøkt å formidle den undring jeg hadde til utsagnet "*Om du er ateist eller ei, vil brukeren i kirka på din vakt, skal du være med, for du jobber for brukeren*". Kunne det være at situasjonen utsagnet peker på var så enkel som det ble sagt? Enkeltheten utsagnets eier kom med, har i drøftingen vist seg å være like enkel som den er komplisert. Konklusjonen presiserer at det kan eksistere utfordringer i forhold til å utøve åndelig omsorg for utviklingshemmede som er mer kompliserte enn det utsagnet tilsier. Drøftingen har på flere måter klart å synliggjøre hvilke verdikonflikter som foreligger, men hva skjer videre? I prosessen med denne besvarelsen har det derfor reist seg flere spørsmål og problemstillinger. Hvordan skal en som vernepleier arbeide for å møte disse utfordringene som eksisterer i forhold til mennesker med utviklingshemmings religiøse behov? Hvordan skal en som vernepleier kunne tilrettelegge best mulig for at mennesker skal få utøve sin religion? Og videre - hvilken rolle i forhold til åndelig omsorg skal vernepleiere *egentlig* ha?

7.0 Litteratur

Samlet litteraturliste

Aadland, Einar (2006). ”...Og eg ser på deg” – vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Aadland, Einar (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget.

Aadnanes, Per M (2002). *Livssyn*. Oslo: Universitetsforlaget. 3. utgave.

Aakre, Marie (2007). Skal vi be med pasienten? Marie Aakre om Helsetilsynets vurdering av åndelig omsorg i sykepleiepraksis. I: *Sykepleien* #7 2007, 95. årgang, s. 62-63.

Axelsson, Åsa (2008). Litteraturstudie. I: Monica Granskär, Birgitta Höglund-Nielsen (c2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Bibelen, Evangeliet etter Matteus, kapittel 7, vers 14. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.bibel.no/Hovedmeny/Nettbibelen.aspx?book=MAT&chapter=7> (nedlastet 28.05.09)

Blix, Ellen Støre og Solveig Breivik (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap. 4 s. 102-120: Åndelige behov.

Brager, Eivind og Dag S. Wisløff (1990). *Så lenge vi lever – bruksbok for helsearbeidere i møte med åndelige behov*. Oslo: Cappelen.

Christensen, Karen og Even Nilssen (2006). *Omsorg for de annerledes svake: et overvåket hverdagsliv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dahle, Sølvi og Tor Ivar Torgauten (2004). *Rett til å være et helt menneske – Rett til et åndelig liv. Utviklingshemming og tro*. Nærbø: Rogaland Høgskole.

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dam, Ettie, Lars Johansen, Beate Herup Jørgensen og Olga Winck, sygepleiestuderende (2006). Åndelig omsorg bør have mer plass i sygepleien. I: *Sygepleiersken* #5/2006 s. 54-57.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, Seksjonsrådet for vernepleierne.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Forente Nasjoner: *Forente nasjoners konvensjon om sivile og politiske rettigheter*. Tilgjengelig fra URL: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-sivile-og-politiske-rettigheter> (nedlastet 28.05.09).

Forente Nasjoner: *Forente Nasjoners standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming*. Tilgjengelig fra URL: http://www.fn.no:8080/fn/fn_avtaler/standardregler_for_funksjonshemmede/fns_standardregler_for_like_muligheter_for_mennesker_med_funksjonshemming (nedlastet 28.05.09).

Forente Nasjoner: *Forente nasjoners verdenserklæring om menneskerettigheter av 10. desember 1948*. Tilgjengelig fra URL: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (nedlastet 28.05.09).

Frølund, Jannie Christina (2006). Åndelig omsorg – et forsømt område! I: *Klinisk Sygepleje* #3 2006, årgang 20, s. 38-47.

Gåsvatn, Kari (1992). *Opne dører: Kyrkja og menneske med psykisk utviklingshemming*. Oslo: IKO-forlaget.

Halvorsen, Knut (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. 2. utgave.

Hansen, Turid Helene (2004). Deltakelse uten ord – en utfordring for tjenesteyteres utforming av hjelperollen. I: Leif Bollingmo, Kari Høium og Bjørn-Eirik Johnsen (red.) (2004). *Det er mitt liv: brukervedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hatton, Chris, Susannah Turner og Robina Shah (2004). *What about faith? Meeting the Religious Needs of People with Learning Disabilities*. The Foundation for People with Learning Disabilities. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.learningdisabilities.org.uk/publications/?EntryId5=22338&char=W> (nedlastet 28.05.09).

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk. 3. utgave.

Høium, Kari (2004). Selvbestemmelse for voksne utviklingshemmede – hva vil det kreve? I: Leif Bollingmo, Kari Høium og Bjørn-Eirik Johnsen (red.) (2004). *Det er mitt liv: brukervedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Høium, Kari (1999). *"De vet ikke hva de vil – vi vet ikke hva de ønsker": om muligheter for voksne utviklingshemmede til å øve innflytelse på egen livssituasjon-, og om forhold som synes å påvirke disse mulighetene*. Oslo: Kari Høium.

ICD-10. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) Elektronisk søkeverktøy utviklet av KITH på oppdrag fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra url:
<http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm> (nedlastet 28.05.09).

Ilkjær, Ingeborg (2004). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I: Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen (red.) (2004). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe. Kap. 19, s. 479-498.

Justis og politidepartementet: *Kongeriget Norges Grundlov*. Tilgjengelig fra URL: <http://www.lovdato.no/all/hl-18140517-000.html> (nedlastet 28.05.09).

Grasaas, Kari Krüger (2006). Åndelige behov og åndelig omsorg. I: Stordalen, Jørn, Kari Krüger Grasaas og Olav Johannes Hovland (2006). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. s. 101-110.

Leenderts, Torborg Aalen (1997). *Person og profesjon: om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Lie, Klara (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg: en praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (c2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid: systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Lingås, Lars Gunnar (2005). *Over andres dørstokk – yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget. 3. utgave.

Lingås, Lars Gunnar (2000). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lorentzen, Per (c2006). *Slik som man ser noen: faglighet og etikk i arbeid med utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lundmark, Mikael (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. I: *Vård i Norden* #4/2005, publikasjon nr. 78, årgang 25, s. 30-36

Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Martinsen, Kari (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. I: Jensen, Karen (red.) (1990): *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

Narayanasamy, Aru, Bob Gates og John Swinton (2002). Spirituality and learning disabilities: a qualitative study. I: *British Journal of Nursing* 2002, Vol 11, No 14.

Nilsen, Einar Anker (c1984). *Menneske – medmenneske: den åndelige omsorg i sykepleien; med bidrag av Britt Jahnsen*. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*: utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. april 1999: avgitt til Sosial- og helsedepartementet 29. juni 2001. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

Overgaard, Anne Elsebet (2003). *Åndelig omsorg: en lærebog: Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Rammeplan for 3-årig vernepleierutdanning (2005). Utdannings- og forskningsdepartementet.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utgave.

Sandvin, Johans, Mårten Söder, Willy Lichtwarck, Tone Magnussen (1998). *Normaliseringsarbeid og ambivalens: bofellesskap som omsorgsarena*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schärfe, Grete og Solveig Rosenkvist (2008). Bliv parat til åndelig omsorg. I: *Sygeplejersken* #5/2008. s. 44-49.

Schärfe, Grete (1988). *Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle?* København: Dansk sygepleieråd.

Stifoss-Hanssen, Hans og Kjell Kallenberg (1998). *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Stolanowski, Per-Arne og Michael Helge Rønnestad (1997). *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid*. Oslo: Cappelen akademisk.

Stubrud, Leif Hugo (c2001). *Utviklingshemming i et økologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Swinton, John (2001). *Spirituality and the Lives of People with Learning disabilities*. The Foundation for People with Learning Disabilities. Tilgjengelig fra URL: <http://www.learningdisabilities.org.uk/publications/?EntryId5=22311&char=S> (nedlastet 28.05.09).

Terland, Anine (2006). Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester – kvalitetsmessige forhold og utfordringer. I: Horndalen, Bjørn og Tor Rynning Torp (red.) (2006). *Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig og etisk perspektiv*. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.

Torgauten, Ivar (2008). Selvbestemmelse i forhold til tro og livssyn. I: *SOR-Rapport*. Red. Laila Luteberget og Sølvi Linde. #6 2008, 54. årgang. Temanummer om selvbestemmelse. s.43-48.

Zahl, Mari-Anne (2006) Den åndelige dimensjonen kan ikke overses. I: *Embla* #9 2006 s. 14-15.

Zahl, Mari-Anne og Leola Dyrud Furman (2005). Koblingen sosial arbeid og religion/livssyn: - et tilbakelagt stadium eller del av et helhetssyn? I: *Nordisk sosialt arbeid* #2 2005, 25. årgang.

Zahl, Mari-Anne (2002) Livssyn og tro i sosialt arbeid. I: *Embla* #9 2002 s. 30-33.

Selvvalgt pensum

Aadnanes, Per M (2002). *Livssyn*. Oslo: Universitetsforlaget. 3. utgave.

Aakre, Marie (2007). Skal vi be med pasienten? Marie Aakre om Helsetilsynets vurdering av åndelig omsorg i sykepleiepraksis. I: *Sykepleien* #7 2007, 95. årgang, s. 62-63.

Blix, Ellen Støre og Solveig Breivik (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap. 4 s. 102-120: Åndelige behov.

Brager, Eivind og Dag S. Wisløff (1990). *Så lenge vi lever – bruksbok for helsearbeidere i møte med åndelige behov*. Oslo: Cappelen.

Dahle, Sølvi og Tor Ivar Torgauten (2004). *Rett til å være et helt menneske – Rett til et åndelig liv. Utviklingshemming og tro*. Nærbø: Rogaland Høgskole.

Dam, Ettie, Lars Johansen, Beate Herup Jørgensen og Olga Winck, sygepleiestuderende (2006). Åndelig omsorg bør have mer plass i sykepleien. I: *Sygepleiersken* #5/2006 s. 54-57.

Frølund, Jannie Christina (2006). Åndelig omsorg – et forsømt område! I: *Klinisk Sygepleje* #3 2006, årgang 20, s. 38-47.

Gåsvatn, Kari (1992). *Opne dører: Kyrkja og menneske med psykisk utviklingshemming*. Oslo: IKO-forlaget.

Hatton, Chris, Susannah Turner og Robina Shah (2004). *What about faith? Meeting the Religious Needs of People with Learning Disabilities*. The Foundation for People with Learning Disabilities. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.learningdisabilities.org.uk/publications/?EntryId5=22338&char=W> (nedlastet 28.05.09).

Ilkjær, Ingeborg (2004). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I: Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen (red.) (2004). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe. Kap. 19, s. 479-498.

Grasaas, Kari Krüger (2006). Åndelige behov og åndelig omsorg. I: Stordalen, Jørn, Kari Krüger Grasaas og Olav Johannes Hovland (2006). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. s. 101-110.

Lie, Klara (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg: en praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lundmark, Mikael (2005). Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. I: *Vård i Norden* #4/2005, publikasjon nr. 78, årgang 25, s. 30-36

Narayanasamy, Aru, Bob Gates og John Swinton (2002). Spirituality and learning disabilities: a qualitative study. I: *British Journal of Nursing* 2002, Vol 11, No 14.

Nilsen, Einar Anker (c1984). *Menneske – medmenneske: den åndelige omsorg i sykepleien; med bidrag av Britt Jahnsen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Overgaard, Anne Elsebet (2003). *Åndelig omsorg: en lærebog: Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Schärfe, Grete og Solveig Rosenkvist (2008). Bliv parat til åndelig omsorg. I: *Sygeplejersken* #5/2008.

Schärfe, Grete (1988). *Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle?* København: Dansk sygepleieråd.

Stifoss-Hanssen, Hans og Kjell Kallenberg (1998). *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Swinton, John (2001). *Spirituality and the Lives of People with Learning disabilities*. The Foundation for People with Learning Disabilities. Tilgjengelig fra URL: <http://www.learningdisabilities.org.uk/publications/?EntryId5=22311&char=S> (nedlastet 28.05.09).

Torgauten, Ivar (2008). Selvbestemmelse i forhold til tro og livssyn. I: *SOR-Rapport*. Red. Laila Luteberget og Sølvi Linde. #6 2008, 54. årgang. Temanummer om selvbestemmelse. s.43-48.

Zahl, Mari-Anne (2006) Den åndelige dimensjonen kan ikke overses. I: *Embla* #9 2006 s. 14-15.

Zahl, Mari-Anne og Leola Dyrud Furman (2005). Koblingen sosial arbeid og religion/livssyn: - et tilbakelagt stadium eller del av et helhetssyn? I: *Nordisk sosialt arbeid* #2 2005, 25. årgang.

Zahl, Mari-Anne (2002) Livssyn og tro i sosialt arbeid. I: *Embla* #9 2002 s. 30-33.